

Une approche à effets multiplicateurs : Réflexion

Réal Lajoie

Volume 20, numéro 2, automne 1995

L'étiologie psychosociale en santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032362ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032362ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lajoie, R. (1995). Une approche à effets multiplicateurs : Réflexion. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 243–248. <https://doi.org/10.7202/032362ar>



Communications brèves

Une approche à effets multiplicateurs: Réflexion

Il y a dix ans, je publiais dans *Santé Mentale au Québec* un article¹ sur une expérience de supervision de groupe de type Balint auprès de divers intervenants dans diverses institutions. Depuis, je continue la même expérience de façon systématique. Il y aurait beaucoup à dire sur ces groupes, leur impact auprès des intervenants, les retombées institutionnelles. Mon objectif ici est simplement de partager quelques réflexions sur l'intégration de la psychiatrie dans la communauté. La psychiatrie a fait un important bond en avant dans les années 70. Depuis, s'il y a bond, ça semble être plutôt en arrière... Il est à se demander si nous n'avons pas fait la bonne chose – sortir de l'asile – mais pour les mauvaises raisons.

L'organisation des services a changé depuis *Les fous crient au secours*. Les gros asiles se sont modifiés de façon importante; le personnel a beaucoup augmenté, et sa formation n'a plus de commune mesure avec ce qu'elle était. Les lieux d'interventions se sont multipliés et rapprochés de la population: hôpital général, cliniques de secteur, etc. La sortie de l'asile et de l'hôpital dans les années 70 a créé beaucoup d'enthousiasme et d'espoir (au moins chez le personnel). La notion de «prise en charge» était presque magique. La psychiatrie communautaire s'est développée avec la prémisse suivante: Nous allons sortir de l'hôpital et enfin les autres pourront nous aider dans «notre» prise en charge.

C'était peu réaliste, la magie n'a pas joué: la psychiatrie a continué à être seule dans le traitement de ses patients. Le lieu avait changé: les locaux étaient plus près de la communauté au point de vue géographique, mais pas nécessairement à d'autres points de vue. Les asiles avaient disparu mais je crois que la psychiatrie est restée asilaire: ce fut la continuation à l'extérieur de l'asile du fonctionnement en vase clos qui la caractérisait: de nombreux essaims ont quitté la ruche mais les abeilles continuaient à fonctionner sur le même mode.

Bien sûr, avec plus de ressources psychiatriques, et les développements principalement en neurophysiologie et neuropharmacologie, davantage de patients sont mieux traités. La psychiatrie demeure cependant dépassée par l'ampleur de la tâche: toutes les ressources sont utilisées pour travailler auprès de ceux qui frappent à sa porte. Les temps

ne sont plus à l'addition de ressources ni à leur sortie dans la communauté; au contraire, à certains endroits au Québec, on tente de fermer des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Pourtant, si nous voulons améliorer nos services, il nous faut viser à intervenir a) avant que la crise n'apparaisse; b) auprès des personnes dans leur milieu, sans qu'elles aient à quitter leurs réseaux pour venir dans celui de la psychiatrie; c) auprès d'un plus grand nombre de personnes.

Nous avons des acquis importants avec lesquels nous pouvons compter. La psychiatrie, à travers ses divers professionnels, représente une formidable réserve d'expertise et de savoir-faire pour travailler auprès des personnes les plus perturbées. Nos réseaux de services (médicaux, sociaux, d'éducation, organismes communautaires, ressources alternatives) renferment aussi toute une gamme d'intervenants compétents, dévoués et nombreux, qui ont très souvent à intervenir auprès de nombreuses personnes aux prises avec des perturbations psychologiques, qui les font parfois douter de leur capacité d'intervention.

Depuis *Les fous crient au secours*, une première étape a été franchie: nous sommes passés du traitement dans l'asile au traitement plus près dans la communauté. Qui devra crier au secours pour que nous passions à une autre étape dont le défi sera de rendre disponible aux intervenants dans la communauté l'expertise que nous avons développée en psychiatrie? Cette étape devrait être supportée par la prémisse, plus modeste: Nous allons sortir de l'hôpital et aider les autres dans «leur» prise en charge.

Ils ont en effet besoin de cette expertise pour aller plus loin dans les soins de leurs malades, bénéficiaires, ou clients. Aussi, si nous voulons que les besoins d'un plus grand nombre de personnes soient pris en charge plus tôt, il faudra, pour une partie de notre travail, refuser la prise en charge et, comme le mentionnait Paumelle², «favoriser plutôt la formation du personnel dans les institutions déjà existantes [non psychiatriques], aboutissant à la limite à l'inutilité de la présence psychiatrique».

En général notre psychiatrie est organisée de façon à s'ajouter en parallèle aux autres ressources d'aide (services médicaux, sociaux, de protection, d'éducation, d'hébergement, de support): nous sommes une addition en réponse à un besoin spécifique. Si nous voulons donner un second souffle à la psychiatrie, il nous faut, en plus, développer de nouveaux créneaux d'intervention et devenir des *facteurs de multiplication* en aidant directement les intervenants des réseaux à assumer leurs responsabilités de façon globale et plus efficace. Ce n'est pas une idée nouvelle pour moi. Dans une mini-conférence donnée à l'Institut Albert-

Prévost en 1976, j'en avais traité, mais avec l'impression de n'avoir pas réussi à me faire comprendre par cet auditoire pourtant privilégié.

En 1977, revenu en clinique à Chicoutimi, j'ai essayé de rencontrer de plus en plus d'intervenants dans divers milieux, selon la formule de groupe Balint. Puis, à partir de 1982, quittant l'Institut Roland-Saucier pour me partager entre une pratique psychanalytique (15 heures/semaine) et le Département de santé communautaire, une partie importante de ce dernier travail a été de faire jusqu'à 10 sessions de ce type par semaine. Je voulais vérifier si ma conviction était de l'ordre du délire ou non. Dix-huit ans plus tard, je peux au moins affirmer que c'est un délire résistant....

Je m'appuie sur les 2852 sessions que j'ai faites de 1983 à 1995, soit 79 groupes dans 20 institutions, touchant 616 intervenants inscrits et 469 présents. Chaque groupe a vécu une moyenne de 36,1 sessions. Ainsi j'ai eu en 12 ans, 30 semaines par année, presque 8 groupes par semaine.

La supervision collective de type Balint est une technique connue d'apprentissage de «relation d'aide», de psychothérapie. Ce qui est inhabituel, c'est son utilisation en cours d'emploi auprès de groupes d'intervenants (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, rééducateurs, enseignants, bénévoles), surtout à l'extérieur du réseau (CLSC, CSS, commission scolaire, hôpital, organisme communautaire), dans un cadre où le superviseur n'a aucune autorité formelle, ni responsabilité clinique dans les situations présentées, ni rapport à faire sur ce qui se passe dans le groupe. Ce type de travail n'est pas exclusif aux psychiatres, loin de là, mais il implique une solide expérience clinique, une maîtrise de l'utilisation des notions de transfert et de contre-transfert, un grand respect des autres intervenants et une croyance solide dans leur capacité d'intervention, peu importe leur profession.

Avec cette approche, les intervenants ont plus confiance en ce qu'ils ressentent, comprennent mieux ce que l'autre leur fait sentir, et interviennent de façon plus appropriée et plus efficace. En poussant plus loin les limites de leurs interventions, ils préviennent souvent le développement de problèmes plus graves. Ils apprennent aussi à identifier plus facilement les problèmes qui les dépassent et peuvent donc référer plus tôt et avec davantage de conviction. L'objectif général poursuivi par ces groupes de supervision est d'augmenter les compétences en santé mentale des nombreux intervenants qui, en dehors du réseau psychiatrique, sont à la journée longue auprès de gens qui leur font sentir

toutes sortes d'émotions en rapport avec leurs souffrances, sans qu'ils ne sachent toujours quoi en faire.

Les discussions au niveau du groupe se font à partir d'une situation clinique plus ou moins problématique qui est apportée par un membre du groupe. L'homogénéité du groupe est définie par la similarité de la clientèle et non par la profession. Le rythme qui m'apparaît le plus efficace est une rencontre chaque semaine avec le même groupe. Tous les groupes, sans exception, qui ne se rencontraient pas à chaque semaine (45 minutes) se sont terminés rapidement.

La tâche la plus fréquente de l'intervenant consiste à aider son client, patient, ou bénéficiaire à faire face à une ou plusieurs pertes, à les «pleurer», pour ensuite pouvoir aimer à nouveau, réinvestir, récupérer ce qui lui reste, etc. L'un des moyens thérapeutiques privilégiés que les intervenants, quelle que soit leur profession, apprennent à reconnaître et à utiliser est la relation transférentielle et contre-transférentielle qui se manifeste de façon souvent très vive, d'une manière ou d'une autre, chaque fois que quelqu'un essaie d'aider quelqu'un d'autre. Ce n'est, en fait, pas si difficile d'apprendre à décoder ce qui se passe dans la relation avec l'autre et à neutraliser ce qui conduit à l'impasse relationnelle.

Les 2852 sessions d'un type particulier de groupes auprès d'intervenants divers ont toutes été centrées sur la résolution de problèmes cliniques apportés par eux. Jamais la dynamique du groupe lui-même n'a été abordée; si par hasard un membre devenait émotionnellement plus touché, c'était abordé en fonction de ce que son patient ou client pouvait provoquer comme émotion chez lui, non en fonction de ses problèmes personnels: je n'ai pas souvenir d'avoir eu à «récupérer» quelqu'un après une session. L'objectif de base n'est pas d'améliorer la santé mentale de l'intervenant même si cela peut arriver, mais de l'aider dans son intervention clinique.

Les groupes présentent une forme particulière d'enseignement qui cadre bien dans un travail en santé publique: ils ont été pour moi une source inestimable d'apprentissage. D'autres gens, peu nombreux, font ou ont fait le même type de travail. Je n'y inclus pas cependant, car c'est différent, ceux qui font un excellent travail en groupe multidisciplinaire ou multiétablissements comme chef d'équipe, médecin traitant, consultant ou expert lors de conférence de cas, etc.

Pour ceux qui sont aux prises dans le réseau avec la charge clinique qui leur incombe, les demandes qui fusent de partout, le besoin d'avoir plus de ressources sur la ligne de feu, ce travail avec des groupes d'intervenants peut paraître un luxe, et les organisations psychiatriques,

dépassées par la demande, ne le favorisent pas en général. Il y a là un cercle vicieux : la psychiatrie possède l'expertise ; si elle ne développe pas ce genre de stratégie pour augmenter l'expertise des autres et élargir leur responsabilité en santé mentale, elle va continuer d'être dépassée ; si elle est dépassée, elle n'aura pas les ressources pour développer l'expertise des autres...

Situation paradoxale : certains qui ont essayé d'effectuer ce transfert d'expertise sur une plus grande échelle en y consacrant tout leur temps de pratique publique ont dû le faire en dehors des organisations psychiatriques, soit en étant engagé directement par les institutions non psychiatriques, soit comme moi, à partir de la santé publique. Or, il n'est plus possible depuis avril 1995 d'être engagé directement ; et en ce qui concerne la santé publique, le ministère a maintenu le statu quo jusqu'à la fin de l'année...

Après avoir travaillé en psychiatrie pendant plusieurs années, j'avais réalisé que nous étions exposés à beaucoup de souffrance, d'angoisse, de désespoir et d'impuissance ; j'en étais venu à croire que nous étions les seuls à porter un poids aussi lourd, à travailler aussi fort et avec autant de cœur à soulager autant de souffrance, et à avoir la compétence pour le faire. Quelle prétention ! Ces 2852 sessions de groupes auprès de 600 intervenants ne me laissent aucun doute : 1) nous ne sommes pas les seuls à ressentir avec autant d'intensité la souffrance de ceux qui ont besoin d'aide ; 2) si ces autres intervenants n'apportent pas l'aide que seulement eux peuvent apporter, personne ne le fera ; 3) si nous ne la rendons pas disponible aux autres intervenants, une partie de notre expertise est inutilisée.

En conclusion, je remercie tous ceux qui m'ont permis de travailler avec eux, ce fut un privilège. Ce type de travail ne peut être imposé d'autorité : les intervenants ne viendront pas d'emblée demander ce genre de support à la psychiatrie : leur confiance doit être gagnée progressivement, à travers toutes les occasions qui se présentent. L'utilité de la compréhension ou l'aide apportée est jugée à l'usage ; les gens s'en parlent. Il y a une demande alors pour un nouveau groupe. Cela fait boule de neige.

Ce genre de travail ne convient pas à tous ; ceux qui le font ou veulent s'y essayer devraient être encouragés par tous les moyens : c'est une façon de faire le pont entre la psychiatrie et les autres réseaux, et d'augmenter la qualité et la quantité des interventions en santé mentale. Ne serait-ce pas une façon d'amorcer la prochaine étape du développement de la psychiatrie communautaire ? En tout cas, ce type de travail est faisable ; je le crois utile sinon nécessaire, et j'espère que de plus en plus de personnes pourront apprendre à le faire.

La psychiatrie est sortie de l'asile: cela a été une étape importante et nécessaire. Le défi depuis est d'entrer dans la communauté et de travailler davantage avec les milliers d'intervenants qui s'y trouvent et y sont, partout, en contact avec la souffrance et le désarroi.

NOTES

1. LAJOIE, R., 1985, Une expérience de supervision de groupes d'intervenants dans diverses institutions, *Santé Mentale au Québec*, X, 1, 107-113.
2. Conférences du Dr Philippe Paumelle (6e), d'après les notes de MONETTE, A., TOURET, J.-L., COSSETTE, J. et LUSSIER, J.-J., 1970-71, Université de Montréal.

Cet article est tiré de présentations faites au Congrès de l'ACFAS, Colloque santé mentale, 25 mai 1995 et au 29ème Congrès annuel de l'Association des médecins psychiatres du Québec, le 15 juin 1995.

Réal Lajoie, M.D., F.R.C.P. (C), médecin-conseil en santé mentale,
Direction de la santé publique, RRSSS (02).